

Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen

Duncker, Heinfried; Hirschelmann, Astrid

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Duncker, H., & Hirschelmann, A. (2014). Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(2), 33-47. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56626-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Heinfried Duncker & Astrid Hirschelmann

Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen

Der Beitrag setzt sich mit einer inhaltlichen Betrachtung der deutschen Psychiatergeschichte auseinander, die intensiv mit den Entwicklungen der Heidelberger Schule verbunden ist. Der Rupturbegriff verbindet sich mit der grundlegenden agnostischen Position im Bereich wesentlicher diagnostischer und versorgungspraktischer Aspekte und betrifft inzwischen nicht nur die deutsche Psychiatrie. Für Deutschland muss dieses grundlegende Konzept des Wesens psychiatrischer Erkrankung in direktem Bezug zu den extrem willkürlich gesplitteten Versorgungsangeboten gesehen werden, die sich im Ausmaß ihrer Spezialisierungen wesentlich von den Angeboten in anderen europäischen Ländern unterscheiden. Mit dem Rupturbegriff und der agnostischen Position ist aber insbesondere auch das Verständnis und die Behandlung der Erkrankungen verbunden, die nicht dem psychotischen Formenkreis zugeschrieben werden und die hierzulande lange Zeit in den Bereich der sogenannten ›Variation der Norm‹ fielen.

Schlüsselbegriffe: Heidelberger Schule, Krankheitswert, psychiatrische Versorgung, Rupturbegriff, Variation der Norm

Die folgenden Überlegungen haben sich im Zuge des Kongresses der *Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGPM)* und des *Deutschem Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)* im Jahr 2007 in Nürnberg entwickelt. Eine der Podiumsdiskussionen beschäftigte sich mit der Fragestellung, ob Deutschland im Bereich der psychosomatischen Medizin eine Schlusslicht- oder eine Spitzenposition innehatte. Von den Kollegen aus Luxemburg, Norwegen und der Schweiz wurde sehr offen darüber diskutiert, dass es sich hier um eine deutsche Spezialität handelt. Alle drei Kollegen berichteten, dass ein derart fragmentiertes Versorgungssystem für psychisch kranke Patienten und Patientinnen einerseits und psychosomatisch erkrankte Patienten und Patientinnen andererseits nicht mit der Spezifität des Faches der psychosomatischen Medizin einhergehe. Alle drei konnten sich für die praktische Versorgung in ihren Ländern eine solche Aufspaltung der therapeutischen Angebote

nicht vorstellen. Insbesondere der luxemburger Kollege wies darauf hin, dass die psychosomatische Medizin kein Fachgebiet sei, sondern eine grundlegende Position zu Fragen von Krankheit und Gesundheit im Sinne einer biopsychosozialen Konzeption menschlicher Existenz und des damit verbundenen Krankheitsverständnisses darstelle. Der norwegische Kollege verwies in seinem Beitrag darauf, dass aus seiner Sicht die Schaffung einer psychosomatischen fachärztlichen Ausbildung und eines damit verbundenen Behandlungsansatzes nicht den grundlegenden Konzepten psychosomatischer Betrachtungsweisen entspreche, sondern in direktem Zusammenhang mit der deutschen Psychiatriegeschichte gesehen werden müsse. Er verwies in seinem Beitrag auf die agnostische Position der biologischen Psychiatrie, die mit einem psychosomatischen Grundverständnis nicht vereinbar sei.

Diese Überlegungen waren Ausgangspunkte, sich mit den Fragen der Entwicklung der agnostischen Position in der deutschen Psychiatrie und den daraus abzuleitenden Konsequenzen für psychopathologische Modelle auseinanderzusetzen und diese dem biopsychosozialen Verständnis einer psychosomatischen Krankheitslehre gegenüberzustellen.

Die agnostische Position und ihre Konsequenzen

In der Psychiatrie des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts herrschte nicht nur in Deutschland eine im Wesentlichen agnostische Position vor. Psychiater hatten für psychiatrische Erkrankungen keine Ursache gefunden, unterstellten aber, dass sie biologischen oder auch genetischen Ursprungs sei. Der hiermit zusammenhängende Begriff der *Diathese* betraf nicht die Krankheit selbst, sondern etwas, das die Erkrankung hervorruft, also das Gegenteil einer umschriebenen Verletzung, vielmehr eine Disposition, eine Erkrankungsneigung im Allgemeinen, etwas, das mit *Veranlagung* oder *Vererbung* zu tun habe (vgl. Gauchet & Swain, 1997). Bis heute werden beobachtete biochemische und neurologische Veränderungen und Befunde häufig als Ursprung des Störungsbildes betrachtet. Dies ist eine bis dato durchaus kritisch zu betrachtende Sichtweise, wie dies u. a. der französische Neurobiologe Gonnard (2011)

im Beitrag *Biologische Psychiatrie: eine wissenschaftliche Blase?* deutlich macht, in dem er die wissenschaftliche Beforschung der ADHS-Problematik kritisch würdigt.

In der deutschen Psychiatrie basieren die Entwicklungen der agnostischen Position, die mit dem Begriff der *Ruptur* verbunden sind, auf psychopathologischen Überlegungen, die Jaspers 1910 vorstellte. In diesem grundlegenden Artikel beschreibt er für die Psychosen – in Übereinstimmung mit den Sichtweisen von Kraepelin und Bleuler – die Unterschiede zwischen den chronisch schizophrenen und den chronisch nicht-schizophrenen Psychosen. Letztere entwickeln ihre wahnhafte Dynamik, Inhalte und Komplikationen in Kontinuität mit der vorherigen Persönlichkeit. Erstere entwickeln sich scheinbar in einer gewissen Ruptur zum bisherigen Leben und zur vorherigen Persönlichkeit. In diesem Sinne beschreibt er das, was die sich auf Bleuler und Kraepelin berufende französische Psychopathologie übereinstimmend bestätigt (vgl. Clérambault, 1942; Lacan, 1932). Auch Jaspers beschreibt die progressive psychotische Entwicklung der sogenannten ›leidenschaftlichen Psychosen‹ als kontinuierlichen Prozess der Erkrankung. Der Wahn gehe von einer fixen Idee aus, habe leidenschaftliche Inhalte. Die Entwicklung bleibt in der Kontinuität der Persönlichkeitsstruktur und bedient sich deren Eigenschaften und deren Qualitäten in seiner Entwicklung. Dieser Wahn klebt an der Realität. Er ist verständlich, meist logisch, aber er ist nichtsdestotrotz ein Wahn. Getrennt hiervon schreibt Jaspers den schizophrenen Psychosen wahnhafte und halluzinatorische Erlebensweisen zu, die zumindest zunächst nicht logisch erscheinen. Sie sind auch nicht unbedingt verständlich und stehen scheinbar nicht direkt in Verbindung mit der Lebensgeschichte des Patienten und Patientinnen. In diesem Sinne sind die bei dieser Erkrankung gefundenen Symptome nicht sofort verständlich und logisch.

In der weiteren Entwicklung werden die hier initial beschriebenen unterschiedlichen psychotischen Erkrankungsbereiche auf den Typ des schizophrenen Wahns als wahnhafte Erkrankung reduziert. Zunehmend werden wahnhafte und halluzinatorische Erlebnisweisen als Phänomene beschrieben, die nicht einfühlbar seien. Kriterien der *Unverständlichkeit*, der fehlenden Logik, werden als wesentliche Symptome beschrieben und

hieraus wird das Konzept der *Ruptur* gebildet, nach dem sich das wahnhaft halluzinatorische Erleben wie eine Art Fremdkörper in ein vorher geordnetes Leben hineinzwängt. Diese Grundkonzeption hat u. a. zur Konsequenz, dass es unnötig ist, halluzinatorischen oder wahnhaften Phänomenen zuzuhören, da sie nicht verständlich sind und mit dem vorherigen Leben des Patienten bzw. der Patientin nichts zu tun haben. In der weiteren Entwicklung führt dies dazu, dass Rauch (1960) das Phänomen der psychiatrischen Krankheit mit der *Unverständlichkeit* direkt verbindet und bezüglich der Bewertung eines Phänomens als krankhaft festhält, dass ein Phänomen umso weniger krankhaft sei, je verständlicher es scheine. Dabei darf – was für die Frage des später noch zu erörterten Menschenbildes wichtig sein wird – nicht übersehen werden, dass er über die Untersuchungen an Schädeln vergaster jüdischer Kinder habilitierte (vgl. Hildebrandt & Priol, 1988).

Hier kommen wir, was bspw. die deutsche und französische Diagnostik betrifft, zu einem wesentlichen Unterschied in der Definition des Wahns. Folgt man Rauch, definiert sich der Wahn über seine Unverständlichkeit. Folgt man der französischen Diagnostik, definieren sich der Wahn und die Halluzination darüber, dass der Patient bzw. die Patientin einen unerschütterlichen und unverrückbaren Glauben an eine falsche Konzeption der Realität hat, die sich vom Irrtum durch seinen unerschütterlichen, unkorrigierbaren Charakter, der jeglichen Zweifel an seiner Realität ausschließt, unterscheidet. Dieser Auffassung gegenüber ist jeglicher Beweis oder jedes andersartige Erleben untauglich, um es infrage zu stellen (vgl. Duncker & Kulhanek, 1987). In Deutschland werden in den auf diese Beschreibung folgenden Entwicklungen die Paranoia und die leidenschaftlichen Psychosen zu einem Problem, das sich immer stärker auf die zugrundeliegenden schweren Störungen der Persönlichkeit reduziert, die bereits vor der wahnhaften Entwicklung existieren. Wenn der Wahn sich durch seine Unverständlichkeit definiert, braucht man ihm nicht zuzuhören, und wenn man ihm nicht zuhört, verschwindet auch nach und nach die Unterscheidung zwischen den Wahnzuständen, die eine logische Verbindung mit der Realität haben, und denjenigen, die diese Verbindung nicht haben. Das führt dazu, dass alle psychotischen

Zustände – außer den manisch-depressiven Zustandsbildern – dem Bereich der schizophrenen Störung zugeordnet werden. Die Paranoia wird damit zu einem Problem, das sich auf eine Persönlichkeitsstörung reduzieren lässt, was die psychopathologische Entwicklung Anfang der dreißiger Jahre umreißt. Die grundlegende Position besagte, dass die Geisteskrankheit der Einbruch des *Unverständlichen*, *Nichtnachvollziehbaren* und *Nichteinfühlbaren* in das vorher geordnete Leben darstelle. Diese Konzeption der Geisteskrankheit war auch die Basis für die wissenschaftliche Begründung der Euthanasie und die Erklärung ihres »entgegenkommenden« Charakters. Gleichzeitig hatte sich mit dieser definitorischen Entwicklung das diagnostische Feld der Schizophrenien immens erweitert.

Diese Konzeption verwies die anderen psychiatrischen Störungen in das Feld, das von Schneider (1966) als *Variation der Norm* beschrieben wurde. Diese »Variationen« wurden sehr wohl als Störungen eingestuft und von Schneider auch sehr plastisch beschrieben. Liest man die Beschreibungen allerdings genau, fällt auf, dass in den Darstellungen moralisierende Begrifflichkeiten eine erhebliche Rolle spielen. Die Störungen wurden nicht unbedingt als krankhaft, auch eine Behandlung wurde auch nicht als zwingend erforderlich betrachtet. Sie waren zu behandeln, wenn der Patient bzw. die Patientin *krankheitseinsichtig* und *behandlungswillig* war. Sie waren ansonsten eine moralische Belastung, wenn dies nicht der Fall war. Diesem Bereich der *Variation der Norm* wurden insbesondere auch die Abhängigkeitserkrankungen, die sexuellen Deviationen und auch jene Störungsbilder zugerechnet, die heutzutage per *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) oder *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) im Bereich der Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden. Die betroffenen Patienten und Patientinnen wurden als *haltlos*, gegebenenfalls *unmoralisch* oder *minderwertig* betrachtet. Sie bedurften der pädagogischen Führung und der Nacherziehung, möglicherweise der Disziplinierung. Sie stellten – außer bei konkreter Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit – eine Patientengruppe dar, auf die psychiatrische Angebote nicht zutrafen. Diese in Deutschland gängige Position war auch durchaus offi-

zielle Lehrmeinung in Frankreich, wo Ey (1978) diese Personen sowohl für die psychiatrische wie für eine strafende Behandlung für ungeeignet hielt.

Als Folge des Rupturbegriffes gibt es somit eine Spaltung der psychiatrischen Klientel in zwei Bereiche:

Einerseits gibt es die *wahren* psychisch Kranken, die – außerhalb der affektiven Psychosen – an den verschiedenen Formen der Schizophrenie leiden, der einige andere wahnhaft-halluzinatorische Störungen zugerechnet werden.

Andererseits gibt es Personen, die natürlich einige Störungen haben, die der *Variation der Norm* zugerechnet werden und entweder gar nicht als krank definiert werden (vgl. z. B. die derzeitige Diskussion über die sog. *Dissozialen Persönlichkeitsstörungen*) oder nur dann als Krankheit definiert werden, wenn eine Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit besteht (vgl. Charrier & Hirschelmann, 2004).

Patienten und Patientinnen mit diesen Störungsbildern hatten kein Recht auf oder keinen Zugang zur Versorgung. In der Praxis galt dies bis in die 1960er Jahre für Alkoholranke und für Personen, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen litten. Die Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Erkrankung erfolgte 1968 und ist Ergebnis einer veränderten Rechtsprechung, nicht einer psychiatrischen Neubewertung.

Ein besonderes Augenmerk muss in diesem Zusammenhang auf den spezifischen Bereich der zur *Variation der Norm* gehörenden *posttraumatischen Belastungsstörung* gerichtet werden. In Anbindung an die Paradigmen der Ruptur gab es in den psychopathologischen Konzepten bis Ende der 1950er Jahre entweder die Möglichkeit einer Geisteskrankheit als Einbruch des Unverständlichen in das intakte vorherige Leben oder es handelte sich um eine *Variation der Norm*. Wenn man dieses Paradigma auf die psychoreaktiven Störungen nach gravierenden Traumata anwendet, dann schließt dies das Vorliegen einer solchen Störung aus. Denn – so die Logik dieses Paradigmas – wenn dieser Bruch nicht bereits implizit vorher in der Person (als inhärente Anlage) vorhanden gewesen wäre, dann hätte das Trauma nicht derartige pathologische Konsequenzen haben können. Somit gab es bereits vor dem Trauma eine Persönlichkeit, die Keime der Ruptur in sich trug, und wenn dies der Fall

sei, dann basiere die *posttraumatische Belastungsstörung* auf diesem Keim und nicht auf einem Trauma (vgl. dazu die Arbeiten von Pascal Pignol, zur psychischen Behandlung von Opfern, 2011, und über die Vorgeschichte der Psychotraumatologie, 2014).

Die deutsche Psychiatrie verfolgte dieses Paradigma nach dem Ende des Ersten Weltkrieges weiter. Folgt man den Überlegungen von Leonhard (2002), dann hatte sich ein medizinisch-militärischer oder psychiatrisch-militärischer Komplex gebildet, der die psychiatrische Diskussion stark bestimmte. Es galt um jeden Preis zu vermeiden, dass Soldaten, die traumatisiert von den Schlachtfeldern von Verdun zurückkamen und als »Kriegszitterer« der Behandlung bedurften, als traumatisiert anerkannt wurden. Leonhard wählte seinen Begriff ausdrücklich wegen des Verweises auf analoge Konzepte in der UdSSR und den USA. Dies ist nicht unerheblich, wenn man sich die Konsequenzen für die »Kriegszitterer« in den dreißiger Jahren vor Augen hält, wurden sie doch bei Fortbestehen der Störung und der damit verbundenen Unfähigkeit zum Militärdienst wie Deserteure behandelt (vgl. Croq, 1999).

Diese diskriminierende Praxis erlebte nach dem Zweiten Weltkrieg in Zusammenhang mit den Fragestellungen einer Entschädigung der Holocaustopfer durch Venzlaff (1958) eine entscheidende Korrektur. Venzlaff beschrieb nicht nur ausführlich die Symptomatologie der psychoreaktiven Störungen nach traumatisierenden Erlebnissen, sondern er kritisierte in diesem Zusammenhang auch die grundlegenden Konzepte der Heidelberger Schule. Seine Arbeit war zwar die Grundlage für Entschädigungsprozesse der Opfer von Konzentrationslagern, führte allerdings nicht zu einer grundlegenden Korrektur der mit der Heidelberger Schule verbundenen Grundhaltungen.

Die Definition des Pathologischen und das Menschenbild

Das Paradigma des *Bruchs* als Basis für die Psychopathologie repräsentiert eine Reduktion, die intensiv mit einem zugrunde liegenden Menschenbild verbunden ist. Natürlich darf bei dieser Reduktion nicht vergessen werden, dass es sich von der Überzeugung her um einen Prozess

mit biologisch-organischer Grundlage handelt. Festgestellte organische Veränderungen werden in dieser Betrachtungsweise schnell zur Grundlage beobachteter Entwicklungen erhoben und dieser Automatismus ist in vielen neurobiologischen Untersuchungen reflexartig als Schlussfolgerung zu finden.

Der Begriff der *Ruptur* basiert aber nicht nur auf Hypothesen, die eine organische Grundlage für die Geisteskrankheiten unterstellen, als seien sie genetischer oder biochemischer Natur. Der Begriff der *Ruptur* beschreibt insbesondere auch, dass die von der Krankheit betroffenen Personen durch die Krankheit aus der gedanklichen Kontinuität ihres Lebens herausgerückt werden. Der Einbruch des *Unverständlichen*, *Unlogischen*, *Nichteinfühlbaren* in das zuvor geordnete Leben trennt diese Person quasi von ihrem bisherigen Lebenslauf. In dieser Konzeption wird die Person durch die Krankheit außerhalb all dessen gerissen, was sie mit der sprachlichen und damit historischen Umgebung verbindet. Indem *Unverständlichkeit* und *Uneinfühlbarkeit* unterstellt werden, entzieht sich das außerhalb der menschlichen Kommunikation ablaufende Krankheitsgeschehen jeder Möglichkeit empathischer Einfühlung. Ohne logische Abfolge der Gedanken wird die Krankheit zum Einbruch, der diesen Menschen außerhalb der kommunikativen Fähigkeiten rückt. Dies betrifft auch seine historische Existenz als Mensch.

Über diese Konstruktion wird der Mensch als Kranke bzw. Kranker außerhalb der *conditio humana* gerückt, wenn man hierfür als Definition die Überlegungen von Legendre (1989) heranzieht. Hier beschreibt er, dass der Mensch sich nicht über seine Genetik als Mensch definiere, sondern über die Tatsache, dass er einerseits dem Tabu des Inzests und andererseits dem Gesetz der Sprache unterworfen sei. Ihm zufolge ist die *Conditio humana* über die Sprache definiert, die das Verbot des Inzests übermittelt und zum Ergebnis hat, dass alle Menschen, auch die Väter, nichts anderes sind als Brüder, die dem gleichen Recht unterliegen. Legendre führt detailliert aus, inwieweit und mit welchen Konsequenzen die Nazi-Ideologie zu einer Reduktion menschlicher Existenz führte, indem Menschsein auf eine Frage der Gene und des ›Fleisches‹ reduziert wurde. Er nennt dies eine ›schlächterische Version‹, die zu Lösungen des

Ausschlusses führe, indem das ›schlechte‹ Fleisch – zum Beispiel über ›Lösungen‹ wie das Konzentrationslager oder die Euthanasie – ausgeschlossen wurde. Legendre besteht ausdrücklich darauf, dass es sich hier nicht um eine deutsche Spezialität handle, sondern dass derartige Auffassungen menschlicher Existenz konzeptionell auch in anderen Ideologien verankert sind oder darin wieder auftauchen können. Es ist die Reduktion des Menschen auf seine äußeren Stigmata.

Bei dieser Frage sind wir in der Psychiatrie erneut angelangt. Dieses Problem ist keineswegs ein deutsches, sondern ein allgemeines, von der Psychiatrie unbemerktes Phänomen, dass sich nämlich jene Nazi-Ideologie unbemerkt in die tautologischen Erklärungen der internationalen Klassifikation des ICD-10 oder DSM IV eingeschlichen hat. Die Basis der hier beschriebenen Konzeptionen unterstellt einen Bruch in der Historizität der menschlichen Existenz. Dieser Prozess ist nicht mehr im Sinne eines sprachlichen Prozesses verständlich, sondern es werden lediglich die äußeren Stigmata außerhalb ihrer historischen Entwicklung bewertet. Die vorgebliche Unverständlichkeit führt zu einem Menschenbild, in dem Geisteskrankheit aus dem sprachlichen Feld ausgeschlossen ist und somit lediglich als eine Frage des ›Fleisches‹ behandelt wird. Erkrankungen werden in ihrer Phänomenologie nicht verstanden, sondern sie werden ausschließlich in ihren sichtbaren Eigenschaften beschrieben. So gerät Krankheit – zumindest für die Zeit der akuten Erkrankung – außerhalb des sozialen und historischen Diskurses. Während dies die psychiatrischen Krankheiten im eigentlichen Sinne betrifft, wird gegenüber der sog. *Variation der Norm* eine Reduktion vollzogen, bei der die Symptome ohne Kontext zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Betroffenen isoliert werden. Damit wird auch diese Erkrankung außerhalb der lebensgeschichtlichen Entwicklung gestellt, ohne die menschliche Geschichte und eine *conditio humana* nicht denkbar sind. Es gibt keine Geschichte ohne Sprache, weder individuell noch kollektiv. Geschichte ist nur verständlich, wenn sie Empathie und Einfühlbarkeit beinhaltet. Eine grundsätzliche Kritik dieser Konzeption gab es zum einen, wie bereits erwähnt, durch Venzlaff, aber auch u. a. durch Dörner und Plog (1978).

Menschenbild und Versorgungslandschaft

Die Grundlagen dieses Krankheitsverständnisses und Menschenbildes haben sich hierzulande ohne explizite Erklärung in vielfältigen Angeboten der Versorgungsstrukturen und Versorgungsangeboten für psychisch Kranke niedergeschlagen. Dabei vermengen sich scheinbar logische, automatisierte Angebotsstrukturen, die aus vielfältigen Gründen heraus zu einer Zersplitterung der Versorgungsangebote und der Versorgungsabläufe führen. Die Spezialisierung ähnelt der in der somatischen Medizin vorfindbaren, was dem zuvor aufgezeigten historischen Menschenbild widerspricht, das auch den psychisch Kranken bzw. die psychisch Kranke – und zwar sowohl den psychotischen als auch den nicht-psychotischen Patienten und Patientinnen – eine historisch, gesellschaftlich und psychosozial eingebettete Entstehung und Therapie der Erkrankung zuschreibt. Ein grundsätzlich biopsychosoziales Menschenbild, das im Sinne salutogenetischer Betrachtungsweisen davon ausgeht, dass Krankheit nicht Folge eines Bruchs, sondern Folge eines zu weiten Auseinanderklaffens von Belastungen und Ressourcen in den Bereichen der somatischen, psychischen und sozialen Belastungen ist, hat sich hier also nicht durchgesetzt.

Vor der Psychiatrie-Enquête war die psychiatrische Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen ohne rehabilitative Zielsetzungen und sie war eher verwahrend (karzeral) ausgerichtet. Die Einführung einer psychosozialen Sichtweise und eines rehabilitativen Ziels in der Psychiatrie entstand aber nicht auf der Grundlage eines globalen interdisziplinären Verständnisses von Behandlung und Betreuung im Sinne eines salutogenetischen Krankheitskonzeptes. Es handelte sich eher um das Nebeneinander von Detailkonzepten, in denen jedes spezialisierte Angebot eine Zielsetzung hatte und die Zielsetzung wichtiger war als die Kontinuität der personalen Bindung im Sinne einer Beziehungskontinuität in der Wiederherstellung historischer Kontinuität. Die Politik der kleinen Schritte sah vor, dass es Institutionen der Tagesbehandlung, der Nachbehandlung, ambulante Betreuungs- und Behandlungsangebote gab, in denen jeder Fortschritt, den ein Patient bzw. eine Patientin mach-

te, mit dem Nachteil verbunden war, Bindungsqualitäten im Sinne sprachlich-kommunikativer Vertrauensprozesse aufgeben zu müssen. Modelle einer Beziehungskontinuität durch Wahrung therapeutischer Bindung, wie sie die Basis der Sektorisierung in Frankreich oder der italienischen Sozialpsychiatrie darstellten, wurden nicht aufgegriffen. Die deutsche Version einer Reform der psychiatrischen Versorgung sah eine technokratische Umsetzung kleiner Schritte vor, in deren Verlauf die Patienten und Patientinnen nicht durch die Orte unterschiedlich intensiver Betreuung begleitet, sondern von einem Ort zum anderen verpflanzt (>verlegt<, >überwiesen<) wurden.

Die Probleme, die ein derartig abgestuftes Behandlungskonzept in der forensischen Psychiatrie hervorrufen kann, wurden von Rasch (1984) ausführlich in der Beschreibung der Versorgungsangebote des damaligen Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn beschrieben. Hier wurde deutlich, dass die Strategien der Behandlung psychisch Kranker eher den Automatismen der somatischen Medizin ähnelten, als den Bedürfnissen einer Beziehungskontinuität. Wenngleich dies in Raschs Analysen nicht explizit herausgearbeitet wurde, könnte man in dieser Art Versorgungssystem durchaus einen gewichtenden Automatismus erkennen, der dann verständlich wird, wenn man die Erkrankung als Einbruch des *Unverständlichen*, *Nichteinfühlbaren* auffasst.

Auch gegen den Willen vieler Psychiater und Psychiaterinnen entwickelte sich im Bereich der Versorgung chronisch psychisch Kranker im Unterschied zur Versorgung somatisch Kranker ein System, das mit der Weigerung der Krankenkassen zur Übernahme bestimmter Kosten in Zusammenhang stand. Im Unterschied zu chronischen somatischen Erkrankungen sahen die Krankenkassen ihre Aufgabe nicht darin, auch chronisch psychisch Kranke – wie verfassungsgemäß gefordert – bei Bedarf genauso langfristig stationär behandeln zu lassen wie somatisch Kranke. So entwickelte sich ein System, in dem diese Kosten zunächst progressiv zulasten der Sozialhilfe, später dann in den Bereich der Pflegeversicherungen verlagert wurden. Hier wird implizit eine Forderung erfüllt, die bereits Mitte der dreißiger Jahre vorsah, dass die Versorgung

psychisch Kranker nur die Hälfte der Versorgung somatisch Kranker kosten durfte.

Die Spaltungsprozesse in den Versorgungsangeboten betreffen aber nicht nur den Verlauf der Behandlung des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin mit den oben beschriebenen Wechslen durch die Behandlungsinstitutionen. Sie betreffen alle Patienten und Patientinnen, weil je nach Erkrankung unterschiedliche Kostenträger und somit unterschiedliche Leistungsanbieter zur Verfügung stehen. Hier ist exemplarisch die Spaltung zwischen den Krankheiten zu benennen, deren Behandlung durch die Krankenkassen bezahlt wird, und den Krankheiten, für deren Behandlungsmaßnahmen die Rentenversicherungen zuständig sind. Implizit hat sich in der Praxis eine Spaltung vollzogen, die weitgehend dafür sorgt, dass die psychotisch Kranken – im Sinne des zuvor beschriebenen Rupturbegriffes – in den Institutionen der psychiatrischen sektorisierten Versorgung auf Kosten der Krankenkassen – bzw. der Sozialhilfe oder der Pflegeversicherung – versorgt werden. Die Patienten und Patientinnen, die weitgehend in den Bereich der sogenannten *Variation der Norm* fallen, insbesondere die Suchtkranken und die psychosomatisch Kranken, werden überwiegend in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation versorgt, für die die Rentenversicherungen zuständig sind. Hier wird deutlich, dass in den Versorgungsangeboten selbst, ohne dass dies explizit fachlich begründet wäre, latente Konzeptionen einer *Variation der Norm* weiter tonangebend sind. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden primär nicht nur zur Behandlung der Erkrankung, sondern zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährt. Ihre Genehmigung hat zur Grundlage, dass der Patient bzw. die Patientin krankheitseinsichtig ist und an der Behandlung mitwirken will, also auch behandlungsmotiviert ist, und dass der Erfolg seiner bzw. ihrer arbeitsrehabilitativen Wiedereingliederung wahrscheinlich ist. Gerade im Bereich der suchtkranken Patienten und Patientinnen macht dies die frühere moralische Wertung wieder überdeutlich. Sind sie krankheitseinsichtig und behandlungswillig, werden sie als Patienten und Patientinnen behandelt. Sind sie das nicht, haben sie einen moralischen ›Fehler‹, an dem sie selbst zunächst arbeiten müssen. Außerdem sind diese Rehabili-

tationseinrichtungen zentralisiert. Es gibt keine systematische und schon gar keine personelle kontinuierliche Wiedereingliederung und Nachsorge, d. h. die lebens- und beziehungsgeschichtliche Kontinuität ist im Versorgungsangebot von der Struktur her aufgehoben.

Schlusswort

Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, dass eine grundsätzliche Diskussion über ein psychosomatisches und salutogenetisches Krankheitsverständnis geführt wird, denn nur so wird es möglich, die Lücken und Spaltungen im Versorgungssystem anzusprechen und dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten und Patientinnen, insbesondere die ›schwierigen‹, nicht in die Leerstellen zwischen den verschiedenen aufgespaltenen Versorgungsangeboten fallen. Dies betrifft insbesondere hoch spezialisierte psychotherapeutische Angebote in der psychosomatischen und suchtmmedizinischen Rehabilitation. Ansonsten werden Patienten und Patientinnen in Irrwegen der Versorgungsangebote verlorengelassen. In den spezialisierten Rehabilitationskliniken steht das therapeutische Angebot an erster Stelle und nicht die räumliche Zuständigkeit für ein Versorgungsgebiet. So kann es tatsächlich geschehen, dass der Patient bzw. die Patientin nicht nur wegen des zentralen Angebotes seine soziale Einbindung nicht bearbeiten kann, sondern wie in einem Einzelfall geschehen, folgende Irreführung erfolgt: Ein depressiver Patient mit multiplen Problemen wird zunächst in eine Abteilung für psychosomatische Medizin verlegt. Beim Aufnahmegespräch ist er aus Sicht der Einrichtung für die therapeutischen Angebote zu wenig depressiv. Außerdem wird ein zusätzliches Suchtproblem diagnostiziert, weswegen eine Verlegung in eine darauf spezialisierte Klinik eingeleitet wird. Dort wird schnell deutlich, dass er hinsichtlich der Anforderungen der arbeitstherapeutischen Angebote zu passiv ist. Er wird allerdings nicht als depressiv erkannt, sondern lediglich als behandlungsunwillig beurteilt, sodass die Rehabilitationsbehandlung abgebrochen wird.

Spätestens hier wird deutlich, dass eine integrative und ganzheitliche psychiatrische Versorgung, die den psychisch Kranken bzw. die psy-

chisch Kranke sozialpsychiatrisch in seiner Gemeinde abholt, bei einem solchen Ausmaß an Spezialisierung keinesfalls Versorgungsrealität werden kann. Außerdem werden bestimmte psychiatrische Störungsbilder nur bedingt als krankhaft gesehen. Sie sind, wie im Bereich der Suchterkrankung deutlich wird, weitgehend aus der psychiatrischen Versorgungslandschaft ausgeschlossen, denn gerade bei diesem Störungsbild übernehmen die Krankenkassen nur noch die Kosten für eine stationäre Entgiftungsbehandlung. Hier erscheinen die Spezialisierungen der deutschen Psychiatrie und Psychosomatik zutiefst von den in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts herrschenden Ideologien zum Krankheitsbegriff geprägt. Diese implizite Prägung ist nie aufgearbeitet worden. Kurt Schneider konnte auch nach dem Krieg die Gedankenwelt der deutschen Psychiatrie weiterhin prägen, ohne dass seine Arbeit als beratender Psychiater der Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg kritisch hinterfragt wurde. Rauch ist weiterhin mit seinem Paradigma der *Unverständlichkeit* prägend, ohne dass dieses Defizitmodell kritisch hinterfragt oder durch eine andere Definition des Wahns ersetzt würde.

► Literatur

- Clérambault, Gaëtan de (1942). Les délires passionnels, érotomanie, revendication, jalousie. In ders., *Œuvre psychiatrique. Band I* (pp. 337-346). Paris: P.U.F.
- Charrier, Patrick & Hirschelmann-Ambrosi, Astrid (2009). *Les états limites*. Paris: Colin.
- Croq, Louis (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jakob.
- Dörner, Klaus & Plog, Ursula (1978). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Wunstorf: Psychiatrie Verlag.
- Duncker, Heinfried & Kulhanek, Franz (1987). *Syndromatik der Psychosen und Neurosen*. München: Schwarzeck.
- Ey, Henri, Bernard, Paul & Brisset, Charles (1978). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Gauchet, Marcel & Swain, Gladys (1997). *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*. Paris : Calmann-Lévy.
- Gonon, François (2011). La psychiatrie biologique: Une bulle spéculative? *Esprit*, 11, 54-73.

Hildebrandt, Dieter & Priol, Urban (1988) *Scheibenwischer. Folge 44* vom 06.10.1988.

Jaspers, Karl (1910). Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: »Entwicklung einer Persönlichkeit« oder »Prozeß«. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1, 567-637.

Legendre, Pierre (1989). *Le crime du Caporal Lortie: Traité sur le père*. Paris: Fayard.

Lacan, Jacques (1932). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris: Seuil.

Leonhardt, Martin (2002). Die Begutachtung von Holocaust-Überlebenden. Ein Exkurs zu den Sollbruchstellen in der Identität des forensischen Psychiaters. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 9 (3), 59-77.

Pignol, Pascal (2011). Le travail psychique de victime. Essai de psychovictimologie. Dissertation. Université Rennes 2. Online-Publikation : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/65/87/58/PDF/2011thesePignolP.pdf> (Stand: 16.01.2014).

Pignol Pascal (2014). Préhistoire de la psychotraumatologie. Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884), *L'Information Psychiatrique*, 90 (4), 415-425.

Rasch, Wilfried (1984). *Krank und/oder kriminell? Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe*. Münster: LWL.

Rauch, Hans-Joachim (1960). Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit bei nicht krankhaften Bewusstseinsstörungen. *Der medizinische Sachverständige*, 56, 202-213.

Schneider, Kurt (1966). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.

Venzlaff, Ulrich (1958). *Die psychoreaktiven Störungen bei entschädigungspflichtigen Ereignissen*. Heidelberg: Springer.